



Unidades de ictus ¿Otra Unidad?

La incidencia de los accidentes cerebrovasculares (ACVs) se estima en nuestras comunidades entre 100 y 200 nuevos casos por cada 100.000 habitantes y año¹, constituyendo la segunda causa de muerte en hombres y la primera en mujeres. El impacto social de esta enfermedad no se debe únicamente a su elevada mortalidad, entre el 15-20% a los tres meses, sino que constituye la primera causa de discapacidad, pues la mitad de los pacientes quedan gravemente afectados requiriendo ayuda para sus actividades diarias. Además, el ACV tiende a repetirse en aquellos pacientes que sobreviven, siendo un 20% los casos ACVs de repetición.

La evolución demográfica de nuestra sociedad, en la que en los próximos años el 20% será mayor de 65 años, nos hace esperar un incremento de estos procesos con el enorme impacto social y asistencial que suponen. Los costes del tratamiento y de los cuidados de los pacientes con secuelas son difíciles de estimar. En nuestro país se estima que el coste directo en el primer año puede llegar a los 5.000 €², en Inglaterra se ha cifrado en un 5% del gasto sanitario total³.

La existencia de información científica relevante sobre el manejo de los pacientes con ACV nos permite en el momento actual disponer de guías de actuación⁴⁻¹³ desarrolladas por sociedades científicas y aceptadas a nivel internacional, aportando dos conceptos básicos; la asistencia organizada y específica de los pacientes con ACV mejora los resultados¹⁴ y el tratamiento con fibrinólisis mejora el resultado funcional de los pacientes. Esta situación ha supuesto un cambio radical en la actitud resignada a la evolución natural de estos pacientes a una actitud más posibilista, interviniendo con un diagnóstico preciso, corrigiendo las complicaciones que agravan el daño neurológico, repermeabilizando mediante fibrinólisis¹⁵ cuando exista indicación y finalmente con la iniciación de una rehabilitación precoz.

La implementación de estas prácticas tanto en unidades específicas (Unidades de ictus) como en unidades generales ha resultado en un mejor tratamiento del paciente con ACV¹⁶, con estancias más cortas en los hospitales, mejor superviven-

cia a los tres meses y, a largo plazo, y una mejor situación funcional^{17,18}, manteniéndose aún la controversia sobre la superioridad de las unidades específicas (Unidades de ictus) y las indicaciones de su uso^{19,20}. Como ya aportábamos en otro trabajo²¹ es obvio que cuanto más específico sea el equipo de médicos y enfermeros que tratan una patología, mejores resultados se obtendrán. Podríamos hablar o proponer por ejemplo Unidades de Ictus, de Dolor Torácico, de Sangrantes, de Toxicología, de Politraumatizados, de EPOC y Ventilación no Invasiva, de Patología Abdominal Aguda, de Manejo Integral del Anciano, de Toxicomanías, de Traumatismos Craneoencefálicos leves-moderados, de Enfermos Agitados, de Violencia de Género, de Atención al Discapacitado, etc, y seguro que mejoraría del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de éstos y otros problemas médicos en Urgencias. Durante años hemos visto cómo al enfermo con un ACV se le relegaba en los pasillos y camas de urgencias. El reciente interés en su manejo como una emergencia médica, que por fin nos saca del pozo de resignación en el que estábamos inmersos los médicos de urgencias, enfermeros y sobre todo pacientes, esperemos que no se deba a un interés lógico aunque perverso en colocar a nuevas promociones de especialistas. Un adecuado triaje inicial del enfermo urgente, una adecuada dotación de medios materiales y humanos y una formación reglada del personal de urgencias (especialidad) son imprescindibles e inaplazables, antes que poner parches a patologías concretas, tremendamente invalidantes tanto ahora como hace 10 ó 20 años.

Desde las primeras recomendaciones para el manejo de los pacientes con ACV²² se identificaron los elementos terapéuticos clave, pero no se hizo mención alguna a la implementación de dichas medidas en los servicios de Urgencias y Emergencias. En los últimos años se ha producido una progresiva y clara aceptación del papel de estas estructuras asistenciales. Ya en la declaración de Helsingborg de 1995²³, conferencia de consenso sobre el ACV, se considera el ACV como una emergencia médica. Desde entonces se reconoce, a ambos lados del Atlántico, el papel de los sistemas de urgen-

cias en el tratamiento multidisciplinario del ACV^{24,25}, incorporándose del manejo de la parada cardiorrespiratoria el concepto de cadena de recuperación en el ictus²⁶, enfatizando con ello la importancia de cada uno de los eslabones asistenciales. La *American Heart Association* incluyó hace años la asistencia al ACV en sus cursos de Resucitación Cardiopulmonar (Asistencia Cardiovascular de Urgencia), tanto para familiares como para primeros intervinientes y sanitarios. No es de extrañar que SEMES, entre otros motivos, optase por estos programas para su difusión en España, dándole al ACV la importancia que como emergencia médica se merece.

En todas las guías se reconoce que el tratamiento del paciente con ACV es una emergencia médica. Se trata de un proceso tiempo dependiente, con una ventana terapéutica de tres a seis horas^{9,27}, pero no sólo para beneficiarse de un posible tratamiento fibrinolítico, del que únicamente podrían ser candidatos entre un 25% y un 35%⁹ de los casos, sino para el control inmediato de otras complicaciones las cuales agravan el daño neurológico, comprometiendo la recuperación de la zona de penumbra isquémica, provocando daño neurológico secundario y empeorando en definitiva la situación del paciente. Entre estas complicaciones están los problemas derivados de ventilación, la elevación de la tensión arterial, la hipertermia^{28,29}, la hiperglucemia, las arritmias cardíacas, el control de las convulsiones y la prevención de la broncoaspiración. Todos ellos son procesos precoces que deben ser tratados de forma inmediata para mejorar el pronóstico de estos pacientes. Es evidente que estas medidas deben y pueden tomarse en el lugar donde se asiste inicialmente al paciente.

Los Servicios de Urgencias/Emergencias deben de asumir su responsabilidad en el manejo de estos pacientes, que incluye:

- La participación en la difusión entre la población de la importancia de solicitar atención de forma precoz.
- Lograr una eficaz identificación de estos pacientes en los centros de coordinación de los servicios de emergencias, seleccionando los centros de derivación de los pacientes, y reduciendo los tiempos de acceso a los recursos asistenciales definitivos –código ictus-⁹.
- Lograr un transporte adecuado, que prevenga complicaciones durante el mismo, en especial en aquellos que se haga sin el concurso de personal médico y/o de enfermería.
- Prevenir y manejar las complicaciones, realizando una buena evaluación clínica inicial que permita establecer patrones neurológicos de progresión, estabilización o mejoría de las manifestaciones neurológicas, allí donde se atienda al paciente con ACV, en especial en las visitas domiciliarias, Servicios Normales de Urgencias y Puntos de Atención Continuada.

- En los Servicios de Urgencias Hospitalarios, lograr un triaje inicial adecuado, disponiendo de una perfecta coordinación con las áreas de imagen y los servicios de Neurología²⁹ para crear el equipo asistencial integral y multidisciplinar.

Recientemente se ha publicado en Medicina Intensiva³⁰ un artículo de opinión sobre la creación de unidades físicas de ictus, localizándolas en las áreas de intensivos, sin mención alguna de toda la fase asistencial previa y aportando una visión limitada de la asistencia del paciente con ACV a aquellos centros que cuenten con Unidades de Cuidados Intensivos y a aquellos pacientes que cumplen criterios de ingreso. Otros trabajos han demostrado cómo se pueden usar las áreas de Urgencias de igual forma, para el dolor torácico y el ACV, pero a menor coste y para más pacientes³¹. En nuestro modelo sanitario, donde hay que primar la eficiencia de recursos, parece que lo más lógico, efectivo, de fácil y rápida implantación y garantizando la equidad en la asistencia, son las Unidades Funcionales, con infraestructura y personal adecuados³².

Al igual que en otros procesos tiempo dependientes, como es el síndrome coronario agudo, que requiere de una coordinación de todos los actores que participan en la asistencia, desde el inicio de la clínica hasta la recuperación del paciente, el paciente con ACV más que de un espacio físico, con dotación de personal y material de la más alta calificación, requiere una coordinación e integración de todos los actores para hacer lo correcto en el tiempo correcto, aportando una asistencia multidisciplinaria¹⁴. La coordinación con la creación de unidades funcionales³², que eleven el nivel de calidad de la atención a los pacientes con ACV debe hacerse no sólo en aquellos lugares donde la fibrinólisis sea posible, y no sólo para los pacientes con indicación de este tratamiento, sino para todo el conjunto de los pacientes con ACV en cualquiera de los entornos asistenciales³³.

Desde la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias queremos recordar que, como se ha demostrado en otros procesos tiempo dependientes (Trauma, Síndrome Coronario Agudo), los actores del primer contacto con el paciente, que realizan su evaluación inicial y toman las primeras decisiones terapéuticas y estratégicas, juegan un papel básico en este proceso. Estos actores son los profesionales de los Servicios de Urgencias y de Emergencias. Por tanto, necesariamente deben ser tenidos en cuenta e implicarse activamente en la mejora asistencial de los pacientes que sufren un ACV.

L. García-Castrillo Riesgo, F.J. Aramburu Vilariño, G. Burillo-Putze, F. Hermoso Gadeo, J. Montero Pérez
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)



BIBLIOGRAFÍA

- 1- Wolfe CD, Giroud M, Kolominsky-Rabas P, Dundas R, Lemesle M, Heuschmann P, et al. Variations in Stroke Incidence and Survival in 3 Areas of Europe. European Registries of Stroke (EROS) Collaboration. *Stroke* 2000;31:2074-9.
- 2- Carod-Artal FJ, Egido-Navarro JA, González-Gutiérrez JL, Varela de Seijas E. Coste directo de la enfermedad cerebrovascular en el primer año de seguimiento. *Rev Neurol* 1999;28:1123-30.
- 3- Youman P, Wilson K, Harraf F, Kalra L. The economic burden of stroke in the United Kingdom. *Pharmacoeconomics* 2003;21 (Suppl 1):43-50.
- 4- Hack W, Kaste M, Bogousslavsky J, Brainin M, Chamorro A, Lees K, et al. European Stroke Initiative Executive Committee and the EUSI Writing Committee. European stroke initiative recommendations for stroke management-update 2003. *Cerebrovasc Dis* 2003;16:311-37.
- 5- Klijn CJ, Hankey GJ. Management of acute ischaemic stroke: new guidelines from the American Stroke Association and European Stroke Initiative. *Lancet Neurol* 2003;2:698-701.
- 6- Warlow C, Sudlow C, Dennis M, Wardlaw J, Sandercock P. *Stroke*. *Lancet* 2003;362:1211-24.
- 7- Anónimo. European Stroke Initiative recommendations for stroke management. European Stroke Council, European Neurological Society and European Federation of Neurological Societies. *Cerebrovasc Dis* 2000;10:335-51.
- 8- Hacke W, Kaste M, Skyhoj Olsen T, Orgogozo JM, Bogousslavsky J. European Stroke Initiative (EUSI) recommendations for stroke management. The European Stroke Initiative Writing Committee. *Eur J Neurol* 2000;7:607-23.
- 9- Alvarez Sabín J, Molina C, Abilleira S, Montaner J, Gracia F, Alijotas J. "Código Ictus" y tiempos de latencia en el tratamiento de reperusión durante la fase aguda del ictus isquémico. *Med Clin (Barc)* 1999;113:481-3.
- 10- Klijn CJ, Hankey GJ. American Stroke Association and European Stroke Initiative. Management of acute ischaemic stroke: new guidelines from the American Stroke Association and European Stroke Initiative. *Lancet Neurol* 2003;2:698-701.
- 11- Adams HP Jr, Adams RJ, Brott T, del Zoppo GJ, Furlan A, Goldstein LB, et al. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. *Stroke* 2003;34:1056-83.
- 12- Adams HP Jr, Brott TG, Crowell RM, Furlan AJ, Gomez CR, Grotta J, et al. Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. *Stroke* 1994;25:1901-14.
- 13- Alberts MJ, Hademenos G, Latchaw R, Joda A, Marler J, Mayberg M, et al. Recommendations for Establishment of Primary Stroke Centers. *JAMA* 2000;283:3102-9.
- 14- Hill MD, Hachinski V. Stroke treatment: time is brain. *Lancet* 1998;352:1014-22.
- 15- Brainin M, Bornstein N, Boysen G, Demarin V. Acute neurological stroke care in Europe: results of the European Stroke Care Inventory. *Eur J Neurol* 2000;7:5-10.
- 16- Sulter G, Elting JW, Langedijk M, Maurits NM, De Keyser J. Admitting acute ischemic stroke patients to a stroke care monitoring unit versus a conventional stroke unit: a randomized pilot study. *Stroke* 2003;34:101-4.
- 17- Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA, Rokseth R, Haheim LL. Stroke unit treatment. 10-year follow-up. *Stroke* 1999;30:1524-7.
- 18- Evans A, Harraf F, Donaldson N, Kalra L. Randomized controlled study of stroke unit care versus stroke team care in different stroke subtypes. *Stroke* 2002;33:449-55.
- 19- Jorgensen HS, Kammersgaard LP, Houth J, Nakayama H, Raaschou HO, Larsen K, et al. Who benefits from treatment and rehabilitation in a stroke Unit? A community-based study. *Stroke* 2000;31:434-9.
- 20- Jiménez Murillo L, García-Castrillo Riesgo L, Burillo-Putze G, Montero Pérez J, Casado Martínez JL. Unidades de dolor torácico. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:217-9.
- 21- Venables G. Stroke Management in Europe. *J Intern Med* 1996;240:173-80.
- 22- Adams HP Jr. The importance of the Helsingborg declaration on stroke management in Europe. *J Intern Med* 1996;240:169-71.
- 23- Suyama J, Crocco T. Prehospital care of stroke patient. *Emerg Med Clin North Am* 2002;20:537-52.
- 24- Castillo J, Chamorro A, Dávalos A, Diez Tejedor E, Galba C, Matias-Guilu J, et al. Atención multidisciplinaria del ictus cerebral agudo. *Med Clin (Barc)* 2000;114:101-6.
- 25- Pepe P. Ensuring the chain of recovery for stroke in your community. *Acad Emerg Med* 1998;5:352-8.
- 26- Serrano L, Morán JC, Sánchez E, Ariño JM, Lapuerta L. Tiempo de latencia y tratamiento trombolítico del ictus isquémico. *Emergencias* 1998;10:236-8.
- 27- Jorgensen HS, Reith J, Nakayama H, Kammersgaard LP, Raaschou HO, Olsen TS. What determines good recovery in patients with the most severe strokes?. The Copenhagen Stroke Study. *Stroke* 1999;30:2008-12.
- 28- Martínez-Vila E, Gállego J. El ictus, una emergencia médica. *An Sist Sanit Navar* 2000;23 (Supl 3):7-9.
- 29- Roca Guiseris J, Pérez Villares JM, Navarrete Navarro P. Accidente cerebrovascular agudo; ampliamos nuestra cartera de Servicios. *Medicina Intensiva* 2003;27:479-80.
- 30- Bazarnick L, Napolitano P, Capodanno J, Graf D, River T. Facilitating treatment in patients with stroke or chest pain through a dedicated ED chest pain/stroke unit. *J Emerg Nurs* 2002;28:304-9.
- 31- Casado Martínez JL, García-Castrillo Riesgo L, López Pérez J, Parrilla P, Jiménez Murillo L. Unidades de dolor torácico. *Emergencias* 2003;15:1-3.
- 32- Swor R, Rudoni RR. Developing effective emergency systems for stroke. *Clin Neurosurg* 1999;45:64-73.
- 33- Aboderin I, Venables G. Stroke management in Europe. Pan European Consensus Meeting on Stroke Management. *J Intern Med* 1996;240:173-80.